

ACCÈS À LA SANTÉ ET ÉPIDÉMIES – FRANCE

Santé sociale : lier l'autonomie des bénéficiaires à celle des soignants

Outre l'aide immédiate qu'ils fournissent aux plus précaires, les dispositifs pluri-professionnels de « santé sociale » visent leur autonomisation et leur insertion sociale. Mais le bon fonctionnement de ces organisations publiques ou privées passe aussi par une certaine autonomie de leurs personnels...

Mauricio ARANDA, sociologue et politiste, est maître de conférences à l'Université de Reims Champagne-Ardenne (Cérep). Spécialiste des politiques sociales et sanitaires, il est l'auteur d'une thèse de doctorat sur l'hébergement social des personnes sans domicile (Université Paris Nanterre, 2019). Ses travaux actuels portent sur l'accès aux soins des publics précaires et l'insertion professionnelle des jeunes.

Contextes et enjeux humanitaires et sociaux

Depuis les décennies 1980 et 1990, caractérisées par la crise économique et la forte hausse du chômage, les politiques d'insertion et d'assistance à l'égard des populations « exclues » se développent en France. La « cause des pauvres »¹ se traduit par des politiques publiques et des actions caritatives ou humanitaires dans différents domaines (emploi, logement, santé, etc.).

Dans le domaine sanitaire, les dispositifs tels que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), présentes dans les hôpitaux depuis 1998, ou les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), créés en 2006 et gérés par des associations, prennent ces publics en charge.

S'intéresser à l'activité concrète de ces dispositifs donne à comprendre que leur travail ne s'arrête pas à l'assistance mais vise l'insertion des publics cibles. L'enjeu de l'injonction à l'autonomie des personnes précaires mérite d'être observé dans ce type d'espaces où il s'articule avec d'autres enjeux – notamment l'autonomie professionnelle du personnel – d'une manière assez peu étudiée.

Les objectifs de la recherche

Étayée par deux enquêtes différentes, l'une sur les PASS, l'autre sur les CAARUD, cette étude explore les enjeux de l'accompagnement en santé sociale. Elle vise à montrer que cette activité dépasse l'assistance (sociale ou sanitaire) et tend à rechercher – du moins en tant que principe d'action publique – l'autonomie des personnes précaires. Elle rend compte aussi du fait que l'autonomie devient également un enjeu professionnel pour les membres des PASS ou des CAARUD. Pour pouvoir faire fonctionner leur dispositif, ces derniers doivent préserver leurs marges de manœuvre sur la définition de l'accompagnement.

Partenaires de la recherche

Cette recherche a été menée de 2020 à 2022 avec le soutien de la Fondation Croix-Rouge française, de la Chaire Santé de Sciences Po, du Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris (équipe LabTop) et du Centre d'études de l'emploi et du travail du Conservatoire National des Arts et Métiers.

Comment les équipes professionnelles des dispositifs d'accès aux soins gérés par les institutions publiques ou les associations mettent-elles en œuvre l'accompagnement en santé sociale ?

Qu'ils soient gérés par des institutions publiques ou par des associations, les dispositifs de « santé sociale » (voir encadré) destinés aux publics précaires ont émergés simultanément durant les décennies 1980 et 1990. Différents phénomènes sociaux apparaissent alors dans les débats publics comme des « problèmes » : la « nouvelle pauvreté », l'« exclusion », la « toxicomanie », « l'immigration ». Parmi les différentes réponses qui leur sont apportées, il faut signaler la mobilisation congruente des autorités publiques et des organisations humanitaires (notamment les ONG Médecins sans frontières et Médecins du monde) en vue d'aider – notamment par l'accès aux soins et aux droits – les populations concernées².

Cette assistance n'est pas uniquement définie par la création de différents dispositifs (dont les PASS et les CAARUD, qui nous intéressent particulièrement ici). Elle se caractérise aussi par des modalités d'action différentes. En l'occurrence, ces dispositifs utilisent deux principaux types d'action au service de la santé sociale : les permanences fixes et les équipes mobiles. Les premières accueillent les publics sur des créneaux libres ou sur rendez-vous, les secondes font du « aller vers » les moins autonomes, ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas se rendre eux-mêmes dans les locaux des organisations privées ou des institutions publiques assurant l'accès aux soins³.

Un principe commun d'accompagnement : l'autonomie des assistés

Il apparaît, par ailleurs, que les dispositifs étudiés sont traversés par un principe commun qui guide le travail sanitaire et social de leurs personnels. En effet, en plus d'assurer un accès aux soins et aux droits, ces dispositifs cherchent – chacun à sa manière – à rendre autonomes les destinataires de leur action.

Du côté du CAARUD enquêté, les membres de l'équipe (essentiellement des éducatrices et éducateurs, mais également une infirmière et un médecin psychiatre) s'accordent sur le principe de non-imposition de l'accompagnement vers la réduction des risques, les droits sociaux ou les soins. L'entretien social, la consultation infirmière ou médicale, voire l'orientation vers d'autres institutions, doit être une initiative venue de « l'utilisateur » lui-même et non pas du personnel du dispositif. L'infirmière de l'équipe, arrivée seulement depuis quelques mois, témoigne du décalage entre l'injonction assumée aux soins qu'elle a connue lors de ses expériences précédentes et la non-imposition du soin qui règne dans le CAARUD : « Nous [infirmières], on exécute ce que le médecin fait, demande de faire. Alors que là

[dans cette association], même si un médecin me dit "il faut faire ça", si la personne n'est pas pour, je ne vais pas obliger la personne. »

De leur côté, les membres des PASS observés (médecins, assistantes sociales, infirmières), revendiquent la nécessaire participation de leurs « malades » à la constitution de leurs dossiers qui permettront l'ouverture de leurs droits auprès de l'assurance maladie. Ils prennent ainsi en compte un enjeu budgétaire propre à leur institution de rattachement : en effet, cette démarche autorisera in fine le remboursement par l'assurance maladie de tous les frais qui excèdent le budget des PASS et sont couverts en attendant par l'hôpital. Un médecin explique, par exemple : « Il y a des patients à qui on va demander des démarches, qui ne vont pas faire des démarches. Et au bout d'un certain temps, on peut discuter ensemble avec le service social [...]. Et dire : "bah écoutez, monsieur, maintenant on vous renouvelle pas votre traitement, parce que là ça fait... on vous a dit d'aller déposer votre AME, de faire ceci, faire la domiciliation". Il y a des moments où on dit : "bon, voilà, la PASS, c'est pas juste un chèque en blanc. Vous, le contrat, c'est que vous allez faire vos démarches, et voilà." ».

Ces deux cas de figure exposent des manifestations inversées du même principe : d'un côté, il ne faut pas imposer une initiative ; de l'autre, il s'agit de la provoquer. Deux modes opératoires pour un même objectif : « l'autonomie des assistés »⁴.

Méthodes et sources de données

Une méthode qualitative a été déployée sur deux dispositifs pluriprofessionnels de santé sociale en Île-de-France. D'une part, nous avons mené une enquête de terrain au cours de l'année 2020-2021 auprès de 8 PASS hospitalières. Nous avons ainsi effectué 39 entretiens avec leurs médecins, assistantes sociales, infirmières. D'autre part, nous avons conduit une enquête durant l'année 2021-2022 auprès d'un CAARUD géré par une association, et réalisé 9 entretiens avec chacun de ses membres (éducatrices et éducateurs, infirmière, directrice, etc.) Dans les deux cas, nous avons aussi observé durant plusieurs journées le travail des équipes (accueil du public, réunions, etc.).

La nécessaire autonomie professionnelle

L'adhésion à ces principes n'empêche pas l'existence de décalages entre les normes qui guident l'activité des équipes et les pratiques réelles de leurs membres. Ces « entorses » sont le produit des marges de manœuvre qui définissent leur autonomie professionnelle et constituent implicitement des conditions de bon fonctionnement des dispositifs. En d'autres termes, les street-level bureaucrates doivent garder une capacité de jugement autonome pour faire fonctionner leurs institutions⁵.

Dans le CAARUD étudié, où les cadres normatifs sont souples, une situation a rendu compte par défaut de l'exigence d'une capacité d'improvisation et de réactivité. Un éducateur s'est vu reproché de ne pas savoir prendre des décisions tout seul, notamment lorsque les « usagers » lui demandaient des biens délivrés par le centre d'accueil (des tickets services, des vêtements, etc.). Son discours montre en creux qu'il n'a pas réussi à devenir autonome aux yeux de ses collègues éducateurs. Il donne un exemple : « *Il y a un gars qui va venir et qui va me demander des vêtements. Sauf qu'apparemment ce gars il en demande tout le temps. On lui en a trop donné. Donc on a dit "stop". Et moi il me demande pour la première fois. J'ai pas envie de lui dire "non" parce que je lui avais jamais dit non. Je pense que c'est légitime que je lui donne. Mais au lieu de le faire, j'ai demandé aux collègues.* »

Du côté des PASS, où le travail est plus strictement normé, les écarts face aux principes qui viennent du haut illustrent la manière dont ses groupes professionnels garantissent leur autonomie professionnelle. Il y a certes des médecins qui adhèrent aux demandes de leur institution et tiennent ainsi à responsabiliser leurs malades qui ne font pas leurs démarches d'ouverture de droits. À l'inverse, d'autres médecins contestent cette idée en la justifiant par la préservation de leur autonomie professionnelle à définir le contenu de leur travail : « *Ce n'est pas notre boulot de contrôler les papiers des gens, nous notre travail, c'est de les soigner.* »

Ces deux cas de figure montrent ainsi que l'autonomie professionnelle peut être aussi bien demandée aux équipes que recherchée par celles-ci.

La santé sociale

La « santé sociale » est une notion à comprendre aussi bien « *comme une norme émergente dans l'action publique favorisant l'interprofessionnalité pour faire face à des situations médicales complexes* » que « *comme une façon de travailler l'articulation des questions sanitaires et sociales* »⁶. Elle nous permet donc de nous situer à la croisée de la sociologie de l'action publique et de celle des groupes professionnels et du travail, et d'appréhender ainsi les dispositifs ciblant la santé des populations précaires.

Les enseignements scientifiques au-delà du cadre de l'étude

D'une part, les travaux spécialisés sur les politiques d'insertion ont révélé l'injonction à l'autonomie qui concerne autant les agents des administrations que les bénéficiaires des prestations. D'autre part, la sociologie de l'action publique plus générale, tout comme la sociologie des groupes professionnels, montre l'importance pour les acteurs de disposer de marges de manœuvre dans leur travail. Cette recherche articule l'idée d'un travail d'autonomisation des publics cibles qui dépend en partie de la capacité des agents de terrain à obtenir une autonomie professionnelle. Elle ouvre aussi de nouvelles perspectives d'analyse de l'activation dans les dispositifs *a priori* consacrés à une assistance sans contrepartie.

Les limites des résultats

Le travail de recherche propose une réflexion à partir de deux dispositifs de santé sociale. Nous pouvons remarquer qu'il y a un déséquilibre entre le nombre de PASS (8) et de CAARUD (1) étudiés. Si cette réflexion ne se veut pas une comparaison à proprement parler, nous aurions tout de même gagné à enquêter sur plusieurs CAARUD afin de voir la diversité de formes d'action des équipes et des enjeux d'accompagnement.

1. Frédéric VIGUIER, *La cause des pauvres en France*, Paris, Presses de Sciences Po, 2020.
2. Jérémy GEERAERT, *Dans la salle d'attente du système de santé: enquête dans les permanences d'accès aux soins de santé*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2022 Caroline IZAMBERT, « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? », *Mouvements*, 7 juin 2019, n° 98, no 2, pp. 95-105.
3. Évelyne BAILLERGEAU et Hans GRYPONPREZ, « « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, 10 août 2020, no 2, pp. 117-136.
4. Nicolas DUVOUX, *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.
5. Michael LIPSKY, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of The Individual in Public Services*, New-York, Russell Sage Foundation, 1980.
6. Nicolas DUVOUX et Nadège VEZINAT (dir.), *La santé sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2022, pages 9-10.



L'injonction à l'autonomie est profondément paradoxale.

- **Mauricio Aranda**



Venir spontanément chercher un accompagnement dans les PASS ou les CAARUD n'est-ce pas, d'une certaine façon, abandonner une part de son autonomie ? Autrement dit l'idée d'autonomie des patients ne porte-elle pas en elle-même une ambiguïté ?

M. A. : L'injonction à l'autonomie qui traverse les institutions du social – au sens large – est profondément paradoxale. Tout d'abord, en se concentrant sur la responsabilité des individus à se prendre en main, elle fait l'impasse des conditions structurelles qui les précarisent (comme, par exemple, le durcissement des politiques migratoires ou encore l'essor des emplois précaires). Puis, cette injonction peut se traduire par une « autonomie contrariée » d'après la notion élaborée par Nicolas Duvoux. En quelque sorte, bien que ces personnes adhèrent au principe d'autonomie, ce rapport d'adhésion est rendu problématique par le fait que ces individus s'installent dans un dispositif qui n'est pas prévu, la plupart du temps, pour les accueillir dans la longue durée. Les individus concernés se sentent ainsi progressivement dépossédés de toute initiative propre dans leurs relations avec leurs « référents ».

Quelles sont les limites de l'accompagnement vers l'autonomie ?

J'insisterai ici sur sa grande limite : l'accès à ce que les acteurs désignent comme le « droit commun ». Par exemple, les PASS peuvent faire en sorte que leurs patients participent à la constitution de leurs dossiers pour l'obtention de leurs droits auprès de l'assurance maladie. Or, une fois l'Aide médicale d'État (AME) ou la Complémentaire santé solidaire (CSS) obtenue, le patient doit se rendre dans les cabinets libéraux qui refusent parfois de les accueillir. Une étude récente publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques montre que si l'accès à la médecine libérale est devenu moins compliqué pour les patients disposant d'une CSS, elle reste difficile pour ceux qui relèvent de l'AME (à

savoir les personnes en situation irrégulière). Cela explique pourquoi, alors même que ces patients ont ouvert leurs droits auprès de l'assurance maladie et pourraient ainsi avoir accès aux services de santé dits de droit commun, ils continuent à fréquenter les PASS.

Certains médecins se refusent à réclamer des papiers à leurs patients réticents, même s'ils sont nécessaires à l'ouverture de leurs droits. Face à des patients peu responsabilisés, jusqu'où les soignants peuvent-ils exercer leur autonomie ?

De manière générale, les groupes professionnels doivent se donner les moyens de décider des contours de leurs activités. Bien entendu, cela passe par des négociations constantes et des rapports de force avec d'autres groupes et avec les institutions dans lesquelles et avec lesquelles ils travaillent. Des tensions existent, par exemple dans les PASS, entre le fait de soigner le patient, mission professionnelle, et le fait de contrôler ses papiers, mission de l'institution – souvent assurée par un autre groupe professionnel : celui des assistantes sociales. Par ailleurs, les tensions liées à la définition de l'autonomie professionnelle peuvent également apparaître entre les groupes professionnels intervenant ensemble dans les dispositifs de santé sociale. Par exemple, dans le CAARUD étudié, l'infirmière de l'équipe se plaignait du fait qu'elle avait du mal à garder le secret médical dans le cadre des interventions. Cela parce que ses collègues, des éducateurs spécialisés, n'étaient pas tenus du respect de cette norme.

Quelles implications pour l'action humanitaire et sociale ?

Chercher à comprendre les enjeux qui traversent les dispositifs de santé sociale au-delà leur but explicite (l'accès aux soins et aux droits) implique de s'interroger sur les pratiques d'accompagnement effectuées. Ces pratiques sont issues des principes à suivre (l'autonomie des assistés) mais aussi des marges de manœuvre qui permettent aux agents de terrain de les ajuster aux configurations locales (l'autonomie des professionnels). Reconnaître la légitimité de ces marges de manœuvre bénéficierait autant aux organisations de santé sociale qu'à leurs publics.

La série « Pratiques & Humanités » de la Fondation Croix-Rouge française synthétise les travaux de recherche des chercheurs soutenus par la Fondation. Elle a pour objectif de mettre à disposition des acteurs de l'humanitaire une information scientifique de qualité et concise.

La Fondation Croix-Rouge française est une fondation reconnue d'utilité publique dédiée à la recherche dans les champs de l'action humanitaire et sociale. Elle porte la volonté de la Croix-Rouge française de promouvoir la connaissance scientifique, la réflexion éthique et l'innovation sociale pour faire avancer l'action au service des plus vulnérables.

La Fondation Croix-Rouge française est un membre actif du RC3 (The Red Cross Red Crescent Research Consortium), le consortium de recherche du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CRCR). Un réseau créé en 2019, qui travaille en collaboration avec les Sociétés nationales, la Fédération internationale et le CICR, dédié à la conduite et à la promotion de recherches en sciences humaines et sociales pour aider à construire des communautés plus sûres, plus résilientes et plus durables sur la base de résultats scientifiques.

Fondation Croix-Rouge française
21 rue de la Vanne | CS 90070 | 92126 MONTROUGE CEDEX
+33 1 40 71 16 34 | www.fondation-croix-rouge.fr
contact@fondation-croix-rouge.fr